



Gesundheitsbestätigung

Name der Abteilung/Kurs	
Name, Vorname	

Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass

- ich in den letzten 14 Tagen keinen Kontakt zu einer infizierten Person gehabt habe,
- ich in den letzten 14 Tagen nicht in einem Risikogebiet (aktuelle Risikogebiete nach Definition des Robert-Koch Instituts www.rki.de) war,
- ich keine typischen Symptome einer Infektion mit dem Coronavirus aufweise. Solche Symptome sind insbesondere:
 - Geruchs- und Geschmacksstörungen
 - Fieber
 - Husten
 - Halsschmerzen
- die mit mir im Hausstand lebenden Personen keine Symptome der Krankheit Covid-19 aufweisen,
- den Verein umgehend informiert wird, wenn einer der oben genannten Punkte nicht mehr bestätigt werden kann.

Datum

Unterschrift